



# RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FORMATO DIGITALE

Il/la sottoscritto/a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ Tel. cell. Personale \_\_\_\_\_

in qualità di:

- diretto interessato o delegato\*
- tutore/curatore/amministratore di sostegno del paziente \*\*
- erede del paziente \*\*
- persona che intende esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile (ex art. 92 del D.Lgs. 196/03 integrato dal D.Lgs. 101/18), giustificato dalla documentata necessità \*\*\*

indirizzo e-mail personale \_\_\_\_\_ Tel. cell. Personale \_\_\_\_\_

\* allegare delega

\*\* allegare Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di Atto di notorietà (artt. 46 e 47 DPR 28/12/2000, n. 445)

\*\*\* allegare documentazione

L'informativa relativa al trattamento dei dati personali conferiti è disponibile al link [www.ic-cittastudi.it](http://www.ic-cittastudi.it) alla sezione Privacy ed esposta presso l'Ufficio Ritiro Referti.

Chiede il rilascio di copia conforme in formato digitale di:

	DOCUMENTO	TARIFFA	TEMPO DI RITIRO DALLA DATA DI RICHIESTA
<input type="checkbox"/>	Copia di cartella clinica post-dimissione, degenza di almeno 1 notte (se l'accesso è avvenuto da PS il Verbale è compreso)	€ 35,00	30 giorni
<input type="checkbox"/>	Copia di cartella clinica post-dimissione, degenza di 0 notti (se l'accesso è avvenuto da PS il Verbale è compreso)	€ 25,00	30 giorni
<input type="checkbox"/>	Copia del verbale di Pronto Soccorso	€ 20,00	10 giorni
<input type="checkbox"/>	Copia della lettera di dimissione	€ 18,00	10 giorni
<input type="checkbox"/>	Copia del referto di esame istologico	€ 18,00	10 giorni

ricoverato/a presso il reparto di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dimesso/a dal PS il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Relativa all'utente** (compilare solo in caso il richiedente sia persona diversa dal diretto interessato):

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Autorizzo che vengano comunicati al mio indirizzo e-mail e con SMS al mio numero telefonico cellulare gli elementi utili all'accesso al portale web per scaricare i documenti richiesti o per aprire i documenti inviati.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Luogo Data

\_\_\_\_\_  
Firma del/la richiedente

## Istruzioni per la compilazione del modulo e per l'apertura del file

- Il modulo debitamente compilato e firmato dal richiedente può essere consegnato al Punto Informazioni in via Jommelli 2 oppure inviato per e-mail, con allegati i documenti sottoelencati, all'indirizzo [ufficio.cartellecliniche@ic-cittastudi.it](mailto:ufficio.cartellecliniche@ic-cittastudi.it). È anche possibile inviare le richieste per posta all'indirizzo: Istituto Clinico Città Studi – Ufficio Cartelle Cliniche, via Ampère 47, 20131 Milano.
- In tutti i casi in cui il richiedente sia persona diversa dal ricoverato o dal delegato è obbligatorio compilare, firmare e allegare la Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di Atto di Notorietà.
- Sul modulo di richiesta indicare l'indirizzo e-mail presso il quale saranno inviate le comunicazioni ed il numero di telefono cellulare al quale saranno comunicati gli avvisi.
- Per il pagamento eseguite un bonifico a favore di Istituto Clinico Città Studi S.p.A. al seguente IBAN: IT 58 O 03069 11310 100000000756.
- Inviare una e-mail all'indirizzo [ufficio.cartellecliniche@ic-cittastudi.it](mailto:ufficio.cartellecliniche@ic-cittastudi.it) allegando i seguenti documenti:
  - modulo di richiesta debitamente compilato e firmato dal richiedente;
  - copia del documento di identità valido del richiedente (fronte e retro) e, se il richiedente è persona differente dal degente, copia del documento di identità dell'intestatario della documentazione clinica;
  - la delega, se necessaria;
  - la Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di Atto di Notorietà, se necessaria;
  - la documentazione per esercitare un diritto in sede giudiziaria etc., se necessaria,
  - ricevuta del pagamento a mezzo bonifico bancario.
- La documentazione verrà inviata per e-mail con allegati criptati protetti da password. La password per aprire il documento sarà comunicata al numero di cellulare indicato.



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI  
CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(ex art. 6, DPR n. 445/2000)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_  
Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

**DICHIARO di essere a conoscenza:**

- di quanto prescritto dall'art. 75 del DPR 445/2000 sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti in seguito al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e dal successivo art. 76 sulla responsabilità penale cui si può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità;
- che i dati personali da me forniti saranno utilizzati esclusivamente ai fini dell'espletamento della presente richiesta nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

**DICHIARO di:**

- essere Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno
- essere erede legittimo o testamentario *(sono eredi legittimi il coniuge e i figli, in loro mancanza i genitori, in mancanza dei suddetti i fratelli, in mancanza di tutti costoro gli ascendenti e discendenti fino al 4° grado)*

di:

Cognome _____	Nome _____
nato a _____	il ___ / ___ / _____
residente a _____	CAP _____ in via _____

L'informativa relativa al trattamento dei dati personali conferiti è disponibile al link [www.ic-cittastudi.it](http://www.ic-cittastudi.it) alla sezione Privacy ed esposta presso l'Ufficio Ritiro Referti.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Luogo Data Firma del/la richiedente